

ANNÉE 1928

THÈSE

N°

152

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(*Diplôme d'État*)

PAR

François Félix Tribondeau

Ancien Interne des Hôpitaux de Rennes

Né le 16 Mars 1902 à Montautour (I.-et-V.)

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DE LA COEXISTENCE DE
L'APPENDICITE ET DE LA
CHOLECYSTITE

Président : M. LECÈNE, Professeur

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE ET C^{ie}, ÉDITEURS
15, RUE RACINE, 15

1928

ANNÉE 1928

THÈSE

No _____

POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(*Diplôme d'État*)

PAR

François Félix Tribondeau

Ancien Interne des Hôpitaux de Rennes

Né le 16 Mars 1902 à Montautour (I.-et-V.)

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE LA COEXISTENCE DE L'APPENDICITE ET DE LA CHOLECYSTITE

Président : M. LECÈNE, Professeur

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE ET C^{ie}, ÉDITEURS
15, RUE RACINE, 15

1928

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE
Anatomie médico-chirurgicale.....	CUNÉO
Physiologie	ROGER
Physique médicale	STROHL
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	LEMIERRE
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBE
Pathologie médicale	SICARD
Pathologie chirurgicale	LECENE
Anatomie pathologique	ROUSSY
Histologie	CHAMPY
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	Léon BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY
Clinique médicale	CARNOT
	BEZANÇON
	ACHARD
	WIDAL
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ...	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET
	HARTMANN
	LEJARS
Clinique ophtalmologique	GOSSET
Clinique urologique	TERRIEN
	LEGUEU
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE
	BRINDEAU
	JEANNIN
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE
Clinique thérapeutique chirurgicale	VAQUEZ
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL
Clinique propédeutique	SERGENT
Hydrologie médicale	VILLARD
Professeur sans chaire	ROUVIERE



II. — AGREGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI	Pathologie médicale.
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BASSET	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BRANCA	Histologie.
BRULÉ	Pathologie médicale.
BUSQUET	Pharmacologie et matière médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CHIRAY	Pathologie médicale.
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène.
DUVOIR	Médecine légale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FIESSINGER	Pathologie médicale.
FOIX	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
HARVIER	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.
HOVELACQUE	Anatomie.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER	Obstétrique.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LEMIERRE	Pathologie médicale.
LÉVY-SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
METZGER	Obstétrique.
MOCQUOT	Pathologie chirurgicale.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
PHILIBERT	Bactériologie.
RIBIERRE	Pathologie médicale.
RICHT Fils	Physiologie.
TANON	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VERNE	Histologie.
VILLARET	Pathologie médicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

GOUGEROT	Pathologie médicale.
GUÉNIOT	Obstétrique.
KETTERER	Histologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.

AUVRAY	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.
IEREBoullet	Clinique médicale infantile.
LÉRY	Clinique médicale.
LOEPER	Clinique médicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
RATHERY	Clinique médicale.
SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

MAUCLAIRE, agrégé	Chargé de cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes aveugles.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

*Bien faible témoignage de ma profonde
reconnaissance.*

A MA SOEUR

En témoignage de ma grande affection.

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LECÈNE

Professeur de Pathologie chirurgicale

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis

Chevalier de la Légion d'Honneur

*Hommage de respectueuse reconnaissance
pour l'honneur qu'il nous a fait en
acceptant la présidence de cette thèse.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LE DAMANY

Professeur de Clinique médicale

Dont nous avons été l'externe.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CHEVREL

Professeur de Clinique infantile

Dont nous avons été l'interne.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LE MONIET

Professeur de Clinique chirurgicale

*Dont nous avons été l'externe, puis
l'interne.*

A TOUS MES MAITRES DES HOPITAUX

ET DE L'ÉCOLE DE MEDECINE DE RENNES

A MONSIEUR LE DOCTEUR LE GAL LA SALLE

Professeur suppléant à l'Ecole de Médecine de Rennes

*Qui nous a inspiré ce travail. Nous l'en
remercions très vivement. Qu'il veuille
bien trouver ici l'hommage de notre
respectueuse reconnaissance.*

INTRODUCTION ET HISTORIQUE

C'est Quénu, dans le *Journal des Praticiens* du 9 avril 1898, qui rapporte la première observation que nous trouvons concernant la coexistence de l'appendicite et de la cholécystite. Les années suivantes, Tripiet et Paviot incriminent nettement la vésicule dans la genèse des accidents appendiculaires, mais c'est seulement en 1903 avec les travaux de Dieulafoy en France et de Becker en Allemagne que la question acquiert droit de cité. Le premier, contrairement au second, considère cette association qu'il décrit sous le nom de « appendiculo-cholécystite » comme assez fréquente et rapporte, outre l'observation de Quénu, celles de deux malades opérés par Segond. Dans ses descriptions il expose surtout des cas, où des signes d'appendicite aiguë étaient apparus au cours de l'évolution d'une cholécystite aiguë, cha-

cune des deux localisations étant très grave par elle-même (Carrié) ; pour lui « l'appendicite et la cholécystite s'appellent, se combinent, s'accouplent et de cet accouplement, dont l'apparition est tantôt brusque et aiguë, tantôt lente et progressive, naît un état complexe. En Allemagne, Becker rassemble les observations de Müller, Kehr, Riedel, Czerny, Retter, Sonnenburg, Beck, Linder, etc... En 1904, Lévy dans sa thèse admet que la coexistence chez un même malade d'une appendicite et d'une cholécystite sont les effets d'une même cause, d'une même infection. Thévenin, en 1907, lui consacre une étude importante et Cotte dans son livre sur le Traitement chirurgical de la lithiase biliaire et de ses complications, pose nettement les indications opératoires qui relèvent de cette association. En 1910, dans sa thèse soutenue à Lyon, Frilet, en tenant compte de statistiques nombreuses telles que celles de Müller, Körte, Narath, Czerny, des frères Mayo, conclut à la coexistence de la cholélithiase et de l'appendicite dans 3 % des cas de lithiase biliaire ; il en décrit aussi trois formes cliniques : une *forme oscillante* se caractérisant par des symptômes alternativement vésiculaires et appendiculaires, une *forme concomittante* avec des symptômes associés et une forme à symptomatologie incomplète ou indéterminée.

Depuis les travaux se sont succédés nombreux ; la question aussi devenait mieux connue par suite des progrès rapides de la chirurgie.

Dans son rapport au Congrès français de Chirurgie de 1911, Silhol étudie les relations cliniques de l'appendicite et de la cholécystite. De même Girou (1), dans sa thèse sur l'appendicite chronique pure, signale trois modalités d'association d'angio-cholécystite et d'appendicite : « les deux localisations hépatovésiculaires et appendiculaires peuvent être aussi intenses, les symptômes appendiculaires peuvent prédominer ou enfin ils peuvent céder le pas aux symptômes hépatiques (Girou). M. le Professeur Chauffard signale dans ses leçons l'association de l'appendicite et de lithiase biliaire en évolution simultanée : « Je crois, pour ma part, dit-il, que la vésicule commence plus souvent que l'appendice, mais il peut parfois être délicat de faire la part des deux processus ». Les observations du Professeur Hartmann ne lui permettent pas de prendre parti : « Le seul point qui importe est la nécessité de penser à la coïncidence possible des deux affections, coïncidence peut-être plus fréquente qu'on ne le croit », écrit-il dans ses Travaux de chirurgie des voies biliaires.

En 1921, Pœnaru Caplesco, après douze ans de recherches, déclare que les lésions appendiculaires précèdent celles des voies biliaires ; il avance : « nous

(1) Girou. Thèse, Paris, 1913.

devons envisager la possibilité de l'infection du foie et des voies biliaires, d'une manière lente et insidieuse, chronique et intermittente, par le foyer éminemment septique que réalise parfaitement dans l'organisme l'appendicite latente (sans crise aucune) inconnue, et d'autant plus celle qui a produit des crises et pourtant n'a pas été opérée ».

Plus près de nous, en 1923, MM. Brulé et Garban font paraître une étude sur les « Hépatites et les cholécystites d'origine intestinale » ; dans la description de ces « Syndromes entéro-hépatiques » ils montrent que des lésions intestinales souvent graves peuvent être fréquemment retrouvées alors que le foie ou les voies biliaires étaient seuls incriminés ; ils admettent l'origine intestinale des cholécystites et incriminent le coli-bacille.

Plus récemment encore, MM. Durand et Binet (de Vichy) apportent quatre-vingts observations de malades opérés d'appendicite et présentant des accidents nets de lithiase biliaire ; ils insistent sur les rapports intimes qui unissent les deux affections, admettent avec Rosenow l'origine infectieuse de l'affection biliaire et estiment qu'elle commence avec l'appendicite ou lui succède.

Comme on le voit, la question qui nous occupe a fait l'objet d'un grand nombre de travaux et de publications. Guidé par M. le Docteur Le Gal La Salle nous avons pu réunir quelques observations ; il nous

a paru intéressant de les publier et, à ce propos, nous reviendrons brièvement sur l'étude clinique de la double infection, appendiculaire et vésiculaire.

FREQUENCE ET ETIOLOGIE

En présence de cette association morbide, il nous vient tout naturellement à l'esprit de chercher à établir sa fréquence. On sait que Dieulafoy, contrairement à Becker, considérait l'appendiculo-cholécystite comme une affection assez fréquente ; depuis les auteurs se sont accordés à reconnaître le bien-fondé de cette opinion. Résumons les faits dans leur ordre chronologique.

A la fin du siècle dernier, Sonnenburg, sur 600 laparatomies pour appendicite, ne trouve que dans deux cas des lésions associées de l'appendice et de la vésicule biliaire.

Les chiffres suivants empruntés à Cotte montrent que les deux lésions se rencontrent simultanément dans un peu moins de 3,5 % des cas de lithiase biliaire que l'on opère :

Müller,	sur 125 opérations pour lithiase..	5 cas
Kümmel,	» 228 » » ..	3 cas
Kehr,	» 200 » » ..	12 cas
Körte,	» 278 » » ..	7 cas
Narath,	» 158 » » ..	1 cas
Czerny,	» 356 » » ..	7 cas

La proportion de Maccarty est encore plus forte : en 1910 dans la statistique des frères Mayo, sur 365 cholécystectomies, il signale en effet des lésions appendiculaires dans 13 % des cas : de plus, le même auteur fait remarquer qu'il s'est trouvé en présence de lésions macroscopiquement et microscopiquement définies au niveau de l'appendice dans 69 % des autopsies pratiquées chez des sujets morts à la suite d'interventions sur les voies biliaires. Il serait certainement exagéré d'accepter la même proportion chez les vivants.

En 1914, Walter-Sallis, réunissant 60 observations, admet l'association de cholécystite et d'appendicite dans 5 % des cas d'infection des voies biliaires.

Plus près de nous, le pourcentage devient beaucoup plus élevé encore. C'est ainsi que Branon de Hartford, sur 225 opérations portant sur la vésicule

biliaire, trouve 39 fois l'appendice malade et il ajoute que, dans 29 autres cas, l'appendice avait déjà été enlevé, ce qui porte le chiffre à 68, soit une proportion de 30 % environ ; peu après, M. Le Professeur Hartmann (1) donne le chiffre de 14 %.

Voici encore d'autres résultats :

Deaver, 1 sur 230 opérations de lithiase. . . 26 cas

Blackford, " 145 " " " 23 cas

Plus récemment encore, MM. Durand et Binet (de Vichy) sur 288 opérés lithiasiques, trouvent 81 malades opérés auparavant pour appendicite ; « dans un peu moins de la moitié des cas, disent-ils, l'affection biliaire était contemporaine de l'affection appendiculaire et on peut penser que les signes de localisation appendiculaire, masquant les signes de la cholécystite calculeuse, avaient seuls retenu l'attention du médecin. »

Age. — Sur 67 observations différentes que nous relevons dans les thèses de Lévy, Thévenin et Frilet, l'âge des malades est signalé 55 fois ; de même sur 30 observations que nous apportons, 26 fois nous y trouvons l'âge indiqué, soit un total de 81 cas que nous groupons dans le tableau suivant :

(1) Travaux de Chirurgie. V^e série. Chirurgie des voies biliaires, Masson, 1923.

Au-dessous de 10 ans	1 cas
De 10 à 20 ans	1 cas
De 20 à 30 ans	17 cas
De 30 à 40 ans	27 cas
De 40 à 50 ans	15 cas
De 50 à 60 ans	17 cas
De 60 à 70 ans	2 cas
Au-dessus de 70 ans	1 cas

D'après ces chiffres, c'est surtout entre 30 et 40 ans que l'on observe le maximum de fréquence de l'appendiculo-cholécystite. Comme le fait remarquer Frilet, ce n'est ni l'époque de prédilection de l'appendicite simple, ni celle de la cholécystite isolée ; celle-ci en effet se rencontre surtout après 40 ans et celle-là survient généralement vers l'âge de 20 ans.

Sexe. — De même que pour l'âge en nous basant sur les cas où le sexe des malades est signalé, nous réunissons 87 observations différentes, soit :

27 hommes.

60 femmes.

La proportion des femmes présentant des lésions simultanées de l'appendice et de la vésicule est donc bien supérieure à celle des hommes. D'après nos ob-

servations on peut dire que, pour 2 hommes, il y a au moins 5 femmes.

M. Binet, sur 80 cas, en trouve neuf dixièmes à appartenir au sexe féminin. A ce sujet, il faut remarquer aussi que les femmes sont plus exposées à la lithiasé biliaire et les hommes à l'appendicite. Les statistiques de Bouchard, de Schröder et de Chauffard montrent en effet que la lithiasé est de deux à quatre fois plus fréquente chez la femme (Chiray et Pavel) ; de même Maurice, sur 94 cas d'appendicite, signale 78 hommes et 16 femmes.

Maladies antérieures. — Le rôle des maladies antérieures dans l'étiologie de l'appendiculo-cholécystite est difficile à préciser. Nous n'avons rien trouvé à ce sujet.

TABLEAU CLINIQUE

De la double infection appendiculaire et vésiculaire va résulter un syndrome caractérisé à la fois par des signes d'appendicite et de cholécystite. Au complet le tableau clinique se présentera donc avec des manifestations correspondant à l'infection simultanée des deux organes, vésicule et appendice ; mais, à côté de ces formes à symptomatologie entière, il en est d'autres plus nombreuses, qui se distinguent par l'évolution alternative de ces manifestations au cours de laquelle il y a prédominance tour à tour des symptômes vésiculaires et des symptômes appendiculaires. Le début est également variable : tantôt en effet il apparaît avec des localisations douloureuses du côté de la région sous-hépatique et ce n'est que plus tard que les signes de la fosse iliaque droite attirent l'attention du clinicien ; tantôt, au contraire, les symptômes appendiculaires sont les premiers en date. Il existe aussi des cas où l'examen clinique ne révèle

que des signes appartenant à l'une ou à l'autre des localisations infectieuses (Obs. XX et XXI) et c'est seulement au cours de l'opération que le chirurgien découvre des lésions simultanées des deux organes. Il est rare enfin de voir survenir en même temps chez un même sujet sans antécédents lithiasiques ou appendiculaires une cholécystite aiguë et une appendicite aiguë ; évidemment, Dieulafoy en rapporte deux cas où Segond dut intervenir d'urgence pour parer à des accidents menaçants d'infection ; de même Grant signale un fait de perforation double de la vésicule et de l'appendice, mais ce sont là des exceptions et on peut dire que dans la majorité des cas l'appendiculo-cholécystite évolue d'une façon subaiguë ou chronique.

De ces diverses modalités résultent une série d'aspects cliniques difficiles à résumer. Lévy en 1904 et Friet en 1910 décrivent, dans leur thèse, deux types importants d'appendiculo-cholécystite.

a) Une forme à symptômes alternativement vésiculaires et appendiculaires ou *oscillante*.

b) Une forme à symptômes vésiculaires et appendiculaires associés ou *concomittante*.

Une telle division nous paraît trop schématique ; jamais en effet, dans la clinique, les caractères sont aussi tranchés et aussi bien définis.

Nous n'envisagerons donc qu'une seule variété importante, que nous désignerons sous le nom de *forme commune* ; d'un début variable, soit par des signes d'appendicite, soit par des manifestations vésiculaires, nous insisterons surtout, dans notre description, sur la période d'état où se trouveront réunis des symptômes se rapportant à l'une et à l'autre des localisations infectieuses.

Nous réserverons, pour un chapitre second, les *formes cliniques secondaires* sous lesquelles peut se présenter l'appendiculo-cholécystite.

I. — FORME COMMUNE

Début. — Sur 44 malades, Lévy signale 15 fois le début clinique de l'appendiculo-cholécystite par des symptômes d'appendicite ; sur 58 cas, Frilet le relève 19 fois ; nous trouvons d'après nos observations une proportion un peu moindre ; elle n'est que de 8 sur 30 en effet, alors que dans 12 autres cas le début se fait très nettement par des symptômes en rapport avec une infection des voies biliaires. Néanmoins, nous ne pouvons accepter l'opinion de Dieulafoy lorsqu'il conclut : « dans le plus grand nombre de nos observations, vingt-cinq fois au moins sur trente,

on voit que ce sont les symptômes des lésions biliaires qui ouvrent la scène, les symptômes de l'appendicite n'apparaissant que secondairement, quelques jours, quelques semaines, quelques mois plus tard ». D'ailleurs, actuellement, la plupart des auteurs s'accordent pour attribuer à l'appendice le rôle primordial dans l'affection qui nous occupe.

Quoi qu'il en soit, nous ne voulons point entrer dans des discussions pathogéniques, d'autant plus que le début clinique ne correspond pas toujours au début anatomo-pathologique et nous admettons que, d'une façon générale, la double infection se manifeste tout d'abord, soit par des signes d'appendicite, soit par des signes de cholécystite : dans le premier cas le médecin, tantôt est appelé pour une crise aiguë d'appendicite entraînant avec elle son cortège habituel de symptômes, tantôt il constate à l'examen des manifestations d'une appendicite chronique évoluant sans épisode subaigu ou chronique ; dans le second cas, l'affection se caractérise le plus souvent par l'apparition brusque, au niveau de l'hypocondre droit, d'une douleur irradiant vers l'épaule du même côté et que le médecin rattache aisément à une crise de colique hépatique typique.

Enfin parfois, mais beaucoup plus rarement, il est des cas où il est impossible de mettre sur le compte d'une appendicite ou d'une cholécystite les signes constatés à l'examen : le plus souvent alors il s'agit de douleurs vagues dans la région épigastrique, de

crampes après les repas (Obs. III), de crises de diarrhée entrecoupant une constipation habituelle, tous signes dyspeptiques divers indiquant une perturbation dans le fonctionnement intestinal mais nullement caractéristiques et pouvant prêter à toutes les erreurs de diagnostic.

C'est en général brusquement au cours de l'évolution de l'un ou de l'autre de ces aspects morbides qu'apparaissent à la fois des signes de cholécystite et d'appendicite. Nous entrons dans la période d'état.

Période d'état. — Les symptômes fonctionnels sont au premier plan et la douleur en représente l'élément capital. Le malade souffre dans tout l'abdomen, mais plus particulièrement à droite. Continue ou intermittente, cette douleur présente parfois une telle intensité qu'elle empêche tout examen ; parfois aussi elle occupe deux foyers distincts, l'un dans la région sous-costale, l'autre dans la fosse iliaque. Avec ou sans irradiations, elle s'accompagne d'une série de troubles d'une plus ou moins grande valeur diagnostique ; les nausées sont en rapport surtout avec la localisation vésiculaire de l'infection ; les vomissements alimentaires et bilieux existent dans la plupart des cas ; ils peuvent être mis à la fois sur le compte de l'appendice et de la vésicule ; la constipation appartient à l'appendicite tandis que les débâcles diarrhéiques correspondent plutôt à l'inflammation des voies biliaires. L'ictère est inconstant ; plus souvent existe

un léger subictère au niveau des conjonctives ; pour M. Pœnaru Caplesco, il constituerait un bon signe d'appendicite chronique.

Le ventre rétracté ou légèrement ballonné est immobile avec les mouvements de la respiration. Si l'hyperesthésie cutanée et la contracture musculaire ne sont pas trop intenses, la palpation permet de constater la présence de deux points douloureux, cystique et iliaque ; quelquefois, même, ces deux points sont séparés par une zone au niveau de laquelle la paroi abdominale est à peu près souple ; il est des cas aussi où il est impossible de déceler de point électif (Obs. I), la douleur étant généralisée à toute la moitié droite de l'abdomen depuis les fausses côtes jusqu'à l'arcade crurale ; plus rarement la palpation permet de sentir une tumeur dure et douloureuse au niveau de la vésicule mais le plus souvent celle-ci est rétractée et cachée sous le foie ; de même on peut trouver à la palpation une petite zone d'induration profonde dans la fosse iliaque droite.

La fièvre manque rarement ; cependant elle a été absente deux fois sur six observations données par Le Gendre ; elle oscille en général autour de 39° ; diminuant entre les crises, elle s'élève à chaque poussée évolutive de l'une ou de l'autre affection. Le pouls a une grande importance au point de vue du pronostic ; son accélération indique toujours une grave atteinte de l'état général et commande l'intervention.

II. — FORMES SECONDAIRES

A) *Appendicite aiguë et cholécystite aiguë.*

Lorsqu'une crise vésiculaire nette succède à une crise appendiculaire franche ou inversement, à quelques heures ou quelques jours d'intervalle, il en résulte un tel enchevêtrement de symptômes qu'il peut être difficile de porter un diagnostic juste. Tout l'abdomen est douloureux et immobile. La contracture musculaire très marquée empêche toute palpation ; les signes généraux et fonctionnels atteignent leur maximum d'intensité : vomissements, nausées, langue sale, subictère indiquent un trouble profond sur le tractus intestinal ; température élevée, pouls rapide, faciès altéré, témoignent de la gravité de l'infection.

B) *Appendicite chronique et cholécystite chronique.*

C'est surtout par élimination, basée sur un examen radiologique montrant l'intégrité de la région duodino-pylorique et concentrant l'attention sur les voies biliaires, par l'examen des fèces (présence d'un calcul), par les antécédents appendiculaires, par des poussées intermittentes d'appendicite et de cholécystite, qu'on arrivera à diagnostiquer cette forme.

C) *Forme à symptômes appendiculaires seuls.*

Ici, les symptômes appendiculaires dominent toute la scène ; l'observation XX en est un bel exemple ; le diagnostic en est fait au cours de l'opération.

D) *Forme à symptômes vésiculaires seuls.*

Cette forme est exceptionnelle ; nous n'en avons trouvé qu'un seul cas rapporté par Lévy.

EVOLUTION ET PRONOSTIC

En présence d'une appendiculo-cholécystite d'intensité moyenne, on pourrait être tenté d'attendre et de retarder l'opération. Cette expectative n'est pas sans exposer le malade à de graves accidents, en rapport soit avec l'affection vésiculaire, soit avec la lésion appendiculaire. Sans énumérer les complications qui peuvent résulter de la double localisation infectieuse, il est certain que la marche de l'appendiculo-cholécystite est progressive ; elle s'aggrave à chaque poussée évolutive et assombrit de plus en plus le pronostic déjà grave.

L'intervention chirurgicale pratiquée à temps au contraire, en supprimant les deux foyers d'inflammation, met le malade à l'abri de complications qui peuvent être mortelles.

DIAGNOSTIC

De la plus haute importance au point de vue thérapeutique le diagnostic de la coexistence de l'appendicite et de la cholécystite n'est pas toujours chose facile. Evidemment la constatation, du côté droit de l'abdomen, de deux points douloureux nets, l'un dans la région sous-costale, l'autre dans la fosse iliaque, chez un individu à antécédents lithiasiques et appendiculaires, constitue une forte présomption en faveur de l'association des deux lésions ; mais bien souvent les symptômes ne sont pas aussi nets, sans parler d'ailleurs des cas où intervient une anomalie de situation de l'un des organes, vésicule ou appendice. Aussi le clinicien, après avoir fait un interrogatoire serré et un examen minutieux du malade, devra-t-il avoir recours à divers procédés de laboratoire ou radioscopiques qui lui faciliteront la tâche et lui permettront de fournir des indications opératoires complètes.

Par l'interrogatoire, le médecin recherchera soigneusement dans les antécédents l'existence d'une colique hépatique ou d'une crise d'appendicite frustes ; il établira le mode de début des accidents et leur évolution ; il précisera avec soin l'horaire, la localisation, la durée et les caractères des douleurs et s'informer du fonctionnement de l'intestin.

De même, il recherchera méthodiquement les points douloureux maxima : d'une part, le point de Mac Burney et la dépense musculaire à ce niveau ; d'autre part, le point cystique avec ses irradiations vers l'épaule. Il ne négligera point la manœuvre de Rovsing ni la recherche de la douleur à la pression entre les deux chefs du sterno-cléido-mastoïdien du côté droit, ni celle du signe de Murphy.

Le laboratoire pourra aussi apporter des éléments de diagnostic importants. L'examen des selles permettra parfois de déceler la présence d'un calcul et d'attirer l'attention du côté de la vésicule biliaire alors que les symptômes appendiculaires prédominants pouvaient faire croire à une appendicite isolée. De même, le tubage duodénal et l'épreuve de Meltzer-Lyon, que nous ne ferons que citer, pourront révéler une infection vésiculaire insoupçonnée. L'examen des urines, celui du chimisme gastrique, le dosage de la cholestérine dans le sang, la recherche du sang dans les matières fécales (Epr. de Meyer ou de Weber) auront, dans certains cas, leur utilité tant pour écarter l'idée d'une lésion gastrique ou duodénale que

pour faire admettre une affection des voies biliaires.

Enfin, l'examen radioscopique viendra parfois confirmer un diagnostic hésitant. Il permettra, dans certains cas, d'affirmer la présence de calculs dans la vésicule biliaire, mais il ne faut pas oublier que l'absence d'image calculeuse n'exclut point le diagnostic de cholécystite ; de même, par une palpation sous l'écran, il montrera l'existence d'un point douloureux fixé dans la région appendiculaire ; dans les cas douteux aussi il contribuera à écarter l'hypothèse d'une lésion duodéno-pylorique et à concentrer l'attention sur la vésicule.

C'est ainsi que, en mettant tout en œuvre, le clinicien arrivera à porter un diagnostic complet qui commandera l'intervention complète. Passer à côté de l'une ou de l'autre affection exposerait le malade à de graves accidents. « Méconnaître l'appendicite et se cantonner sur le terrain de la cholécystite est une erreur à tous les points de vue préjudiciable car elle peut fausser l'indication thérapeutique. » (Dieulafoy). De même : « Toute coexistence de douleurs dans la zone de Mac Burney, en cas de lithiase biliaire, doit éveiller l'attention du clinicien sur la possibilité de l'association morbide et l'hypothèse de la combinaison des deux affections doit faire l'objet d'un examen minutieux du malade avant d'être rejetée. » (MM. Durand et Binet).

TRAITEMENT

Nous n'insisterons pas sur le traitement médical qui ne peut être réservé qu'aux cas légers, sans crises douloureuses fréquentes, et sans grave atteinte de l'état général.

Le traitement chirurgical, au contraire, est indiqué lorsque les crises se rapprochent et lorsque l'état général s'altère peu à peu ou rapidement ; il faudra encore y avoir recours lorsque le traitement médical n'aura donné aucune amélioration ; il sera aussi institué d'emblée contre les premières manifestations aiguës de l'une ou de l'autre localisation infectieuse. « C'est ici, écrit Dieulafoy, que l'intervention chirurgicale hâtive est plus indiquée que jamais. Prêcher la temporisation, c'est aller au devant d'accidents les plus redoutables ». C'est aussi l'avis de Cotte dans sa thèse sur le *Traitement de la lithiase biliaire et de ses complications* : « La coexistence de ces deux affections constitue un double danger pour l'individu

qui en est atteint et les indications chirurgicales ne peuvent qu'en être rendues plus pressantes et plus absolues ». Il est donc inutile de s'attarder à discuter la nécessité de l'intervention. Quelle que soit, d'autre part, la prédominance plus ou moins marquée des symptômes au niveau de l'un des deux organes, il faut intervenir sur les deux foyers d'inflammation : « Se contenter d'opérations incomplètes, écrit toujours Cotte, c'est s'exposer souvent aux conséquences les plus graves et laisser le malade sous la menace de nouveaux accidents. »

MM. Durand et Binet formulent la même opinion : « Quelle que soit d'ailleurs l'éventualité en présence de laquelle on se trouve, l'acte chirurgical ne doit pas se borner à un champ restreint ; c'est aux deux pôles que doit agir le traitement chirurgical : a) résection de la vésicule, libération des adhérences pouvant exister au carrefour sous-hépatique ; b) ablation de l'appendice, résection de l'épiploon malade ou des adhérences pérityphlocoliques. »

M. Pœnaru Caplesco n'est pas moins interventionniste lorsqu'il avance : : « Opérés pour leur cholélithiase ces malades guérissent de leur foie, mais ils continuent à souffrir de leur ventre. Appendicectomisés, ils guérissent complètement et définitivement ».

D'ailleurs, la considération de nos observations XV, XXII, XIII et XXIV plaide assez impérieusement en faveur de l'intervention complète ; de même, les

faits rapportés par Lévy dans sa thèse sont assez significatifs : entre autres, il cite le cas d'un malade chez qui on s'était contenté d'enlever la vésicule ; le malade mourut de péritonite dont le point de départ était dans l'appendicite qui existait en même temps et qu'on reconnut à l'autopsie.

Au point de vue opératoire, la technique est évidemment différente suivant les conditions dans lesquelles on se trouve. Le traitement de choix consiste dans l'ablation simultanée de l'appendice et de la vésicule, mais il n'est pas toujours possible et le chirurgien ne peut faire souvent qu'une cholécystotomie en même temps que l'appendicectomie ; d'ailleurs il pourra toujours, dans la suite, compléter sa première opération par une cholécystectomie.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (inédite)

Due à l'obligeance de M. le Dr Le Gal La Salle

Mme L..., 26 ans, de S..., est amenée à la clinique S. Y. par son médecin le 20 mai, à 20 heures.

Malade depuis un mois, elle présente des crises de coliques vésiculaires nettes survenant d'une façon presque subintrante et à peine calmées par de multiples injections de morphine. Elle avait déjà souffert de crises analogues au cours de sa grossesse (un enfant de 8 mois) mais les crises n'avaient jamais eu la même intensité. On n'avait pas constaté d'élévation de température.

Le 20 mai, dans la matinée, elle est prise brusquement d'une douleur très vive n'ayant pas la localisation habituelle de ses crises et siégeant plus bas ; des vomissements accompagnent cette crise comme, d'ailleurs, les crises précédentes.

Le médecin traitant appelle en consultation un autre confrère du voisinage qui pense à une appendicite et adresse la malade au Docteur Le Gal La Salle.

A son arrivée à la clinique, Mme L... souffre beaucoup ; les douleurs spontanées sont maxima dans la fosse iliaque droite ; l'abdomen est peu mobile avec les mouvements respiratoires. La palpation est douloureuse dans toute la moitié droite de l'abdomen depuis les fausses côtes jusqu'à l'arcade crurale sans que l'on puisse trouver de point électif ; l'abdomen est contracturé dans toute cette étendue et la paroi ne se laisse pas déprimer sous la main. Le reste du ventre est souple. Température : 38°5 ; pouls, 120.

L'intervention immédiate est décidée.

Incision de Jalaguier. Dès l'ouverture du péritoine il s'écoule un liquide louche et on trouve un cœcum rouge et un appendice adhérent au cœcum, rouge également, enflammé et présentant quelques fausses membranes blanches. Le foie est abaissé et la vésicule tuméfiée vient presque au contact de l'appendice. Adhérences épiploïques sur la vésicule.

Ablation de l'appendice.

La vésicule est ponctionnée ; on en retire de la bile très trouble et on constate ensuite la présence dans la vésicule de nombreux calculs. Après protection soignée de la cavité abdominale la vésicule est ouverte et son fond abouché à la peau ; on en retire environ une quarantaine de calculs et de la boue biliaire. Drain et mèche.

Pendant les jours qui suivent, écoulement abondant de bile dans lequel on trouve encore quelques graviers. La température revient en deux jours à la normale, les douleurs disparaissent et la malade se trouve très soulagée. Mèche et drain sont enlevés au huitième jour, et la plaie se referme rapidement, sauf dans sa partie supérieure, au niveau de l'abouchement vésiculaire.

Au bout d'un mois, la malade rentre chez elle, gardant une fistule biliaire donnant issue à une quantité de bile peu abondante. Cette fistule biliaire s'est fermée spontanément six semaines après environ.

Le Docteur Le Gal La Salle revoit cette malade en décembre 1927 ; l'état général est bon, mais elle souffre encore de tiraillements au niveau de sa cicatrice, de crampes d'estomac, de douleurs après les repas, qui font craindre la possibilité d'adhérences ou la présence de nouveaux calculs dans sa vésicule. Si ces signes persistaient, une cholécystectomie serait probablement nécessaire.

OBSERVATION II (inédite)

Due à l'obligeance de M. le D^r Le Gal La Salle

Mme J..., 42 ans, entre à la clinique S. Y. le 16 janvier 1927. Bien que la malade déclare avoir toujours eu une santé médiocre, aucune maladie antérieure. Un enfant âgé de 8 ans ; couches normales.

Depuis plus d'un an, elle souffre de l'estomac ; les douleurs surviennent sans horaire fixe, mais plus souvent une à deux heures après la prise d'aliments ; leur durée est variable. Sensation de crampes dans la région épigastrique ; pas de vomissements ; constipation habituelle.

Le 12 janvier, vers 2 heures de l'après-midi, elle est prise d'une crise douloureuse plus aiguë, avec vomissements, qui l'oblige à se coucher. Un médecin, appelé, constate une douleur très nette au niveau de la vésicule biliaire, de la défense musculaire, une température de 38°5, et fait le diagnostic de cholécystite. Sous l'influence de compresses chaudes et de la diète lactée, les douleurs se calment, la température baisse.

Le 16 janvier, le médecin est rappelé parce que les douleurs augmentent à nouveau. Il constate alors un point douloureux très net dans la fosse iliaque droite, pense à une appendicite, conseille l'intervention immédiate et dirige la malade sur la clinique, où elle entre à 17 heures.

La malade est fatiguée ; ses traits sont tirés ; elle se plaint de très vives douleurs du côté droit ; l'abdomen est immobile ; la palpation est douloureuse dans tout le côté droit, mais avec un maximum très net au niveau du point de Mac Burney ; à cet endroit, la défense musculaire est évidente. Au niveau de la vésicule, on trouve un autre point douloureux, mais moins intense. Température : 39 ; pouls : 110 ; absence d'ictère.

Le Docteur Le Gal La Salle pense à une appendicite aiguë, tout en faisant quelques réserves sur la possibilité d'une perforation à la vésicule.

L'incision de Mac Burney conduit sur un appendice gros, rouge et turgescent ; il y a un peu de sérosité dans le péritoine ; ablation de l'appendice et enfouissement du moignon.

On constate alors, en explorant la vésicule au doigt, qu'elle est enflammée, grosse, dure et recouverte d'adhérences épiploïques ; on décide de ne pas intervenir de ce côté et on referme l'abdomen ; application de glace sur le ventre. La température baisse régulièrement dans les jours suivants, pour revenir à la normale au huitième jour. L'alimentation est reprise progressivement, et la malade sort de la clinique au dix-septième jour. Elle ne souffre pas, la pression ne réveille pas la douleur et l'état général est satisfaisant. On la prévient de la possibilité d'une nouvelle opération au cas de réapparition de symptômes douloureux.

Revue environ huit mois après, la malade se porte bien et n'a pas souffert depuis son opération.

OBSERVATION. III. (inédite)

Due à l'obligeance de M. le Dr Le Gal La Salle

Mme G..., 51 ans, entre à la clinique en juin 1927.
Mariée, trois enfants, habituellement bien portante.

Depuis quatre ans, cependant, elle souffre fréquemment

de l'estomac. Sensation de crampes après les repas et crises passagères de diarrhée succédant immédiatement à la prise d'aliments ; elle n'a jamais remarqué dans ses selles de glaires, de sang, ni de peaux ; pas de vomissements.

En ces derniers temps, les douleurs étaient plus fréquentes et plus aiguës, mais toujours avec la même localisation épigastrique.

Elle est prise brusquement d'une vive douleur dans le flanc droit, avec vomissements alimentaires, puis bilieux. Un médecin consulté diagnostique une crise d'appendicite et l'amène à la clinique d'urgence.

A son entrée : température 39°, pouls 90. Aspect fatigué, traits tirés, douleurs abdominales persistantes ; abdomen légèrement ballonné, douloureux dans toute son étendue, avec maximum au point de Mac Burney. Défense musculaire dans la fosse iliaque droite. Le foie semble un peu augmenté de volume.

Opération immédiate. Incision de Jalaguier. Appendice rouge et enflammé. Présence d'un peu de sérosité dans l'abdomen. On peut explorer la vésicule, dont le fond est libre, mais rouge ; elle semble contenir des calculs et ses parois sont fortement épaissies.

Appendicectomie ; drainage ; application de glace sur le ventre.

Suites opératoires normales.

OBSERVATION IV.

(M. M. Péraire. Société Anatomique de Paris, février 1924).

Mme Louise D..., âgée de 37 ans, entre à la maison de santé le 25 décembre 1923.

Malade depuis 15 ans, sa maladie a débuté par des troubles digestifs avec entérite, nausées fréquentes, points douloureux dans la région épigastrique et aussi dans la région de l'appendice iléo-cœcal.

Le 1^{er} avril 1908, brusquement, crise de colique hépatique. Durée de cette crise : huit jours. Depuis cette époque, ces crises hépatiques se sont renouvelées une dizaine de fois, avec nausées, vomissements et température élevée.

En 1913, la colique hépatique, encore plus violente que les précédentes, s'est accompagnée d'ictère avec urine acajou et selles décolorées.

Depuis cette dernière crise, elle a été sans cesse malade, avec persistance de troubles digestifs et douleur dans la fosse iliaque droite.

En passant en revue ses différents organes, on ne trouve rien à signaler. Pas de métrite, si ce n'est en août dernier, où les règles ont apparu deux fois dans le mois et ont duré chaque fois cinq jours. Rien d'anormal dans les urines, ni aux poumons, ni au cœur.

Le 22 septembre 1923, douleur à la région hépatique et vésiculaire. Douleur au creux épigastrique, nausées. Langue sale. Douleur dans la région cœcale assez notable; gargouillements. Urines ictériques. Ictère très marqué sur tout le corps. Ictère conjonctival et sublingal. Matières décolorées. Température : $38^{\circ}7$. On porte le diagnostic de cholélithiasie biliaire avec appendicite.

Le 26 septembre, opération. Anesthésie au Schleich. Cholécystectomie et appendicectomie. Vésicule biliaire très adhérente, épaisse et difficile à pédiculiser. On l'enlève sans l'ouvrir. Le cystique et le cholédoque cathétérisés ne contiennent aucun calcul. Mèche de gaze et drainage.

Suites opératoires très simples. Mikulicz et drains sont enlevés au bout de quarante-huit heures. Pas une seule nausée, pas de vomissements. Le 30 septembre, alimentation normale. Aucune douleur à l'épigastre, ni à la région hépatique, ni dans la fosse iliaque. Appétit. Grosse polyurie. Urines presque claires.

Le 2 octobre, selles colorées en partie. Pas de température depuis l'opération.

Le 9 octobre, exeat. Aucun ictère, ni sur la peau ni sur les muqueuses.

N.-B. — Le vésicule biliaire renfermait quinze calculs et l'appendice contenait un calcul biliaire enchâtonné dans la muqueuse.

OBSERVATION V

(Routier. *Journal des Praticiens*, mars 1906)

Femme âgée de 50 ans, malade depuis quatre ans environ. Souffrait fréquemment de crises de coliques avec localisation de la douleur au point de Mac Burney. Vomissements fréquents et digestions difficiles. Depuis longtemps, elle se considérait comme atteinte de coliques hépatiques et avait fait plusieurs saisons à Vichy. Mais, disait-elle, outre sa douleur au foie, elle avait une douleur plus basse et différente de la première.

Elle n'avait pas de tumeur au-dessous de sa vésicule, et son foie ne semblait pas augmenté de volume. Le point de Mac Burney était vraiment plus sensible que toute autre région de l'abdomen et, par moments, il semblait qu'on fit rouler une petite masse sous les doigts dans sa fosse iliaque droite.

Utérus et annexes hors de cause.

A l'opération, vésicule rétractée sur des calculs (au nombre de quatre) gros comme des œufs de pigeon. Cholécysectomie.

Appendice enfoui sous le cœcum, au milieu des fausses membranes, très atrophié et dont la muqueuse et le canal manquaient dans la moitié de sa longueur environ. Appendicectomie.

Suites simples. Disparition des vomissements. Digestions faciles. Augmentation importante du poids.

OBSERVATION VI

(Routier. *Journal des Praticiens*, mars 1906)

Femme de 32 ans. Entre à Necker (service du Docteur Routier) pour une crise légère d'appendicite, en mars 1901. Depuis huit ans, moment de son premier accouchement à terme, elle présentait des coliques hépatiques et avait eu à deux ou trois reprises de l'ictère à la suite ; depuis une fausse-couche remontant à trois ans, elle avait souvent des douleurs dans la fosse iliaque droite.

A l'opération, vésicule coudée, fort adhérente, remplie par 23 calculs. Cholécystectomie. Appendice long, gros, très rouge et contenant du pus sanguinolent ; la muqueuse présentait plusieurs taches ecchymotiques et des ulcérations.

Suites simples. Guérison.

OBSERVATION VII

(Routier. *Journal des Praticiens*, mars 1906)

Femme de 30 ans. Trois enfants et une fausse-couche. Le dernier accouchement normal et à terme, le 2 juillet 1901. Depuis ce jour, crises douloureuses dans la fosse iliaque droite, vomissements et alternatives de diarrhée et de constipation. A son arrivée, le 3 août 1901, langue

seche, température oscillant entre 37 et 38°₂, ventre un peu tendu et, outre sa douleur au point de Mac Burney, elle présentait une douleur vive au niveau de sa vésicule.

Expectative pendant quelques jours. Diète. Glace sur le ventre.

Intervention de 8 août.

Incision un peu haute dans le but d'enlever l'appendice et de vérifier l'état de la vésicule.

Appendice long, rouge, contenant un magma sanguinolent, et dont la muqueuse était toute ecchymosée.

Vésicule énorme, beaucoup plus grosse qu'une banane, mais très cachée sous le foie, ce qui empêchait de la sentir par la palpation. Ponction de la vésicule qui ramena un liquide séreux noirâtre. Cholécystectomie (1 calcul). Drainage.

Persistance d'une fistule biliaire pendant plus de trois mois, puis guérison.

OBSERVATION VIII

(Routier. *Journal des Praticiens*, mars 1906)

Femme de 30 ans. Deux enfants bien portants. Depuis le dernier, âgé de 5 ans, digestions difficiles. Le 1^{er} janvier 1904, elle eut une crise de coliques hépatiques des plus nettes, avec des petites reprises qui la firent traîner jusqu'en mai ; elle eut alors une forte crise hépatique avec décoloration des matières et urines acajou. En juin,

elle alla à Vichy : la, crise violente avec gonflement de la vésicule tel que le médecin, qui la soignait fut sur le point de la ponctionner. Le 4 août, elle rentrait chez elle ; prise de douleur au niveau de la vésicule dès qu'elle prenait une alimentation quelconque, et ne vivait qu'avec des piqûres de morphine.

Elle avait eu en outre, et à plusieurs reprises, des douleurs dans la fosse iliaque, mais tous ces symptômes se confondaient avec ceux que provoquaient les crises de coliques hépatiques.

En octobre 1904, malade amaigrie, très nerveuse, avec deux centres de douleurs très nets, l'un au niveau de la vésicule qui formait une petite tumeur dure et douloureuse, l'autre très net au point de Mac Burney.

Vésicule rétractée, cachée sous le foie, très adhérente à l'épiploon et aux intestins. Cholécystectomie laborieuse (26 calculs à facettes).

Appendice long, gros, contourné en pas de vis, contenant deux calculs de matières stercorales et trois traces ecchymotiques. Appendicectomie. Drain et mèche.

Vingt et un jours après, la malade quittait guérie la maison de santé.

OBSERVATION IX

(M. le Prof^r Hartmann. *Chirurgie des voies biliaires*)

Ancienne cholécystite calculieuse chronique avec fistule.
Péricholécystite. Appendicite chronique.

H..., 40 ans, a commencé à souffrir de crises douloureuses. Il y a trois ans, cholécystotomie. Au bout de deux mois, la fistule est fermée, mais les crises douloureuses reparaissent. Il y a trois mois, une fistule biliaire s'établit au point déclive de l'incision précédente.

Etat le 2 mai 1909. — On trouve à la partie inférieure d'une ancienne incision un orifice par où s'écoule de la bile ; dans l'hypocondre droit existe une zone de sensibilité diffuse ; on ne sent aucune tuméfaction ; il existe une douleur nette au niveau de la ligne iléo-ombilicale.

Opération par M. Hartmann. — On fait passer l'incision par le trajet fistuleux existant ; on la prolonge parallèlement au rebord costal ; on reconnaît le bord tranchant du foie ; au-dessous, on trouve la vésicule adhérente à la paroi abdominale ; on la libère de la paroi, puis du foie ; on lie l'artère et le canal cystique. La vésicule ne contient pas de calculs. Cholécystectomie. Par la partie inférieure d'incision, on explore l'appendice, qui est fibreux, épaissi. Appendicectomie. Guérison.

OBSERVATION X

(M. le Prof^r Hartmann. *Chirurgie des voies biliaires*).

Cholécystite calculieuse chronique légèrement atrophique avec légère péricholécystite ; appendicite chronique.

Femme de 38 ans, se plaignant de douleurs siégeant dans le côté droit et au niveau de l'hypocondre droit. Depuis trois ans environ, elle ressent des douleurs plus ou moins violentes et est soignée pour lumbago et névralgie intercostale. En mars 1906, elle a une crise douloureuse beaucoup plus intense; elle garde le lit pendant dix-sept jours; les douleurs siègent surtout à l'hypocondre droit; à deux reprises, elle a des vomissements bilieux; elle rend dans ces matières une grande quantité de calculs dont les plus gros ont la dimension d'une petite noisette. Les douleurs persistant légèrement, la malade part pour Vichy en juin 1906; quinze jours après son retour, elle présente de nouvelles crises douloureuses et élimine de nombreux calculs. D'octobre 1906 à février 1907, douleurs persistantes à l'hypocondre droit; depuis février, aux douleurs s'ajoute un état nauséux continu. Jamais elle n'a eu d'ictère ni de décoloration des matières, et elle entre à l'hôpital uniquement à cause de ses douleurs.

Réglée à 15 ans et depuis toujours régulièrement. Elle a une fille de 16 ans. Depuis huit ans, elle est sujette à des maux d'estomac; après avoir mangé, elle a des sensations d'étouffement avec renvois acides.

Etat le 17 février 1907. — A l'inspection, l'abdomen paraît normal, sans météorisme, et à la palpation profonde on ne décèle aucun empâtement, ni dans la fosse iliaque droite, ni au niveau de l'hypocandre droit; mais ces régions sont douloureuses, plus particulièrement au niveau de la ligne ilio-ombilicale et sous le rebord costal, en dehors du grand droit, la défense musculaire est peu intense. Le soulèvement brusque de l'espace costo-iliaque

détermine une douleur violente sous le rebord costal droit. La matité du foie est légèrement augmentée.

37°3 le matin, 38°2 le soir, pendant les six jours qui ont précédé l'intervention. Les urines contiennent des traces d'indican et d'urobiline.

La malade présente peu de troubles fonctionnels : une légère anorexie ; pas de constipation.

Opération le 23 février 1907, par M. Hartmann. La vésicule apparaît à la face inférieure du foie, très adhérente à l'épiploon. On libère ces adhérences avec le doigt et le bistouri ; le cystique paraît normal. Cholécystectomie. Le cœcum est attiré dans l'angle inférieur de l'incision : l'appendice apparaît très long, replié et adhérent à la face externe du cœcum. Appendicectomie.

La vésicule contient de la bile épaisse et noirâtre, avec de nombreuses petites concrétions calculeuses ; l'appendice contient un calcul stercoral, mais pas de calculs biliaires.

Revue le 16 juin 1907, malade en parfaite santé.

OBSERVATION XI

(M. le Prof^r Hartmann. *Chirurgie des voies biliaires*)

Cholécystite calculeuse chronique avec légère péricholécystite. Appendicite légère.

Femme de 38 ans, mariée en 1894 ; une grossesse normale en 1895. Trois semaines après, elle ressent une dou-

leur particulièrement aiguë à l'épigastre, gagnant l'épaule droite en arrière ; la douleur survenue le soir disparaît quelques heures après ; le lendemain, reprise des douleurs ; le surlendemain, même attaque douloureuse, suivie d'ictère léger avec décoloration partielle des matières et coloration foncée des urines. Ces crises persistent sept à huit mois ; la douleur débute toujours brusquement et disparaît de même ; sa durée varie de trois ou quatre heures à quarante-huit heures. Des calculs sont retrouvés dans les selles. Pendant tout ce temps, la malade présente une constipation opiniâtre.

En 1896, après une cure à Vichy, la malade se plaint non plus de crise, mais de pesanteur dans l'hypocondre droit. La constipation est tenace, mais alterne parfois avec des débâcles diarrhéiques. En 1904, la malade a une seconde grossesse normale.

Depuis cette époque, donc depuis dix ans, la malade souffre presque continuellement, mais plus ou moins ; jamais les crises ne sont aussi fortes qu'au début.

En 1906, des crises douloureuses aiguës réapparaissent ; on constate une douleur intense à la palpation au niveau de l'hypocondre, mais aucune tuméfaction n'est sentie. Une douleur nette également existe dans la fosse iliaque droite, dans la région appendiculaire. En 1907, les crises continuent.

Antécédents. — A 17 ans, la malade est soignée pour pleurésie. A 18 ans, elle est opérée d'un phlegmon du ligament large. A 21 ans, elle est soignée pour appendicite.

Etat le 1^{er} septembre 1907. — L'abdomen, souple par-

tout, se laisse facilement déprimer ; on ne sent aucune tuméfaction. L'épigastre et l'hypocondre droit sont douloureux. La palpation bimanuelle décèle une douleur en avant, au niveau de la région vésiculaire. De même, la palpation sous-hépatique, faite de bas en haut, détermine une douleur nette. Le foie est légèrement augmenté de volume. La région appendiculaire est également douloureuse à la palpation. Anorexie, digestions difficiles ; constipation très intense.

Opération le 10 septembre 1907, par M. Hartmann. — Le fond de la vésicule fait une saillie légère sous le foie. Il y a de légères adhérences dans le côlon transverse. A l'incision, on évacue un magma muqueux et une série de calculs à facettes. Cholécystéctomie. Appendicéctomie : à la partie moyenne de l'appendice, on trouve une petite ulcération de tache ecchymotique. Guérison.

OBSERVATION XII

M. le Prof^r Hartmann. (*Chirurgie des voies biliaires*)

Cholécystite subaiguë simple avec péricholécystite.
Appendicite concomittante.

F..., 19 ans, se plaignant de douleurs dans la partie droite de l'abdomen et la région lombaire droite.

Au mois de juin 1919, elle ressent une douleur assez forte dans la fosse iliaque gauche ; on porte le diagnostic de salpingite ; ces douleurs cessent rapidement.

Le 18 novembre 1909, la malade est prise tout à coup de douleurs dans le côté droit de l'abdomen. Cette douleur existe d'une manière constante, mais augmente rapidement dès que le malade fait un effort, tousse ou respire fortement ; même, dans les inspiration profondes, la douleur irradie vers l'épaule droite. Ces douleurs diminuent quand la malade se couche sur le flanc droit. Dans la nuit du 27 au 28 novembre, une violente crise de douleurs siègeant dans la fosse iliaque droite. La douleur, au début, semble au milieu de la ligne ilio-ombilicale ; puis elle se généralise dans tout le flanc et l'hypocondre droit ; la malade accuse un autre point douloureux sous le rebord costal droit, au niveau de la ligne mamelonnaire ; quelques irradiations existent vers l'épaule droite. Il n'y a pas de vomissements.

Antécédents. — Régulée à l'âge de 16 ans, régulièrement ; n'a jamais eu ni enfants, ni fausses-couches. Pas de troubles gastro-intestinaux ; appétit conservé, pas de vomissements, constipation légère.

Etat le 29 novembre 1909. — Toute la partie gauche de l'abdomen est insensible et se laisse facilement déprimer. A droite, une douleur nette existe à la palpation, au milieu de la ligne ilio-ombilicale. De même à trois travers de doigt sous le rebord costal et au niveau de la ligne mamelonnaire droite. Toute la partie droite de la paroi abdominale présente une contracture légère de défense. Le soulèvement brusque de la région lombaire détermine une douleur nette en avant dans la région vésiculaire ; mais il est impossible de recueillir des sensations profondes à cause de la contracture de défense

de la paroi. La palpation sous-costale droite détermine une douleur nette dans les grandes inspirations. Au toucher vaginal, rien à noter ; les annexes sont un peu augmentées de volume, mais mobiles. Pas de troubles digestifs, sauf une constipation légère.

Opération le 7 décembre 1909, par M. Hartmann. — On trouve des traces de périhépatite ; la vésicule est de volume normal, mais très adhérente au côlon. Cholécystectomie : la vésicule ne contient pas de calculs, mais ses parois sont épaisses. L'appendice est très vascularisé et son siège est normal. Appendicectomie. Guérison.

OBSERVATION XIII

(M. le Prof^r Hartmann. *Chirurgie des voies biliaires*)

Cholécystite calculeuse chronique avec péricholécystite.

F..., 33 ans, souffrant du côté droit de l'abdomen depuis le 24 avril 1911. A cette date, elle fut prise de violentes douleurs au niveau de l'hypocondre droit, avec céphalée et fièvre violentes ; à la suite d'applications de glace, les douleurs ont disparu, mais la fièvre persista plus de quinze jours. Au mois de mai, le médecin qui soignait la malade remarqua que celle-ci commençait à prendre une teinte ictérique ; en même temps, elle a des vomissements verdâtres ; au bout de trois semaines, les vomissements et l'ictère disparurent.

Au début du mois de juin, son état s'est considérablement amélioré, quand, vers le 15 juin, la fièvre apparaîtrait de nouveau, avec douleurs dans le côté droit de l'abdomen.

Antécédents. — Pas d'enfants ; pas de fausses-couches. Régliée à 12 ans ; depuis cette époque, elle fut toujours mal réglée. Parfois ses règles ne survenaient que tous les deux à trois mois. La malade a toujours été très constipée et elle va rarement à la selle sans purgatifs ou lavements.

Etat le 23 juin 1911. — La malade est très amaigrie et pâle ; ses conjonctives ont une teinte subictérique. A la palpation, tout l'hypocondre droit est sensible et se laisse moins facilement déprimer que celui du côté opposé. On trouve un point douloureux net sur la ligne qui unit la neuvième côte à l'ombilic. La fosse iliaque droite se laisse déprimer ; douleur à son niveau.

Les urines contiennent des traces d'albumine et de l'urobiline.

Opération le 26 juin 1911, par M. Hartmann. — La vésicule adhère par sa face inférieure au côlon transverse. On libère ces adhérences après section entre deux ligatures. La vésicule est alors sentie, vide, mais un peu petite ; elle contient de la boue biliaire ; sa consistance n'est pas dure. Cholécystectomie. L'appendice est petit, sclérosé ; on l'enlève. Guérison.

OBSERVATION XIV

(M. le Prof^r Hartmann, *Chirurgie des voies biliaires*)

Cholécysto-appendicite.

F..., 22 ans, souffrant de crises de douleurs abdominales depuis un an : crampes d'estomac, vomissements, douleurs dans le côté droit du ventre. Les crises durent de quinze à vingt minutes, l'obligeant à se coucher ; elles augmentent et vont jusqu'à durer deux jours. En août 1912, elle est alitée trois semaines et présente de l'ictère. Depuis cette grande crise, elle a eu des accès plus petits avec nausées. En janvier 1913, elle ressent de l'oppression après les efforts ; elle remarque que son cou grossit, elle devient plus nerveuse ; son pouls est plus fréquent.

Etat le 24 juillet 1913. — L'abdomen est souple. La douleur est diffuse à la pression au-dessous du rebord costal droit ; la douleur est un peu augmentée par le soulèvement brusque de la région lombaire, mais très augmentée par les grandes inspirations.

Le pôle droit du corps thyroïde est plus développé que le gauche. Transpiration profuse des mains, sans tremblement. Le pouls est fréquent. Il n'y a pas d'exophtalmie.

Température : 37°6 le matin, 37°7 le soir, pendant les deux jours qui ont précédé l'intervention.

Opération le 25 juillet 1913, par M. Hartmann. — Incision parallèle au rebord costal, vésicule sans adhérences, semblant normale ; au palper, on sent près du col des concrétions calculeuses. On trouve cinq calculs

dans la vésicule, dont les parois sont souples. L'appendice augmenté de volume est enlevé. Guérison.

OBSERVATION XV

In Chauffard. *La Lithiase biliaire*)

Femme de 35 ans; sans antécédents lithiasiques francs; souffre depuis deux ans dans les régions appendiculaire et sous-hépatique. La douleur appendiculaire semblant prédominer, on enlève un appendice scléreux et on résèque une partie de l'ovaire droit scléro-kystique. A la suite de cette intervention, les douleurs basses disparaissent, mais celles à localisation supérieure continuent et chaque jour la malade est reprise de crises viscéralgiques profondes. La radioscopie montre une zone d'adhérences entre le duodénum, le gros intestin et la région sous-hépatique, et c'est là que, sous l'écran, la pression réveille la douleur. En outre, on trouve les points phrénique droit et sous-scapulaire; ni les alcalins à haute dose ni le régime ne soulagent la malade, et l'on constate une hypercholestérinémie à 2 gr. 30. Chauffard conclut que cette femme reste atteinte de cholécystite chronique, probablement d'origine calculieuse, et qu'une seconde opération sera nécessaire pour la guérir.

OBSERVATION XVI

(In Chauffard. *La Lithiase biliaire*)

Il s'agit d'un malade chez qui M. le Professeur P. Duval diagnostiqua une cholécystite chronique. A l'examen, Chauffard ne trouva aucun foyer douloureux au niveau de la vésicule, mais par contre un point de Mac Burney typique qui fit admettre l'existence d'une appendicite chronique. Les deux diagnostics étaient exacts et se complétaient. A l'opération, on enleva en effet une vésicule et un appendice malades tous les deux.

OBSERVATION XVII

(Walter-Sallis. *Le Foie dans l'Appendicite*)

Mme R..., âgée de 39 ans, entre à la clinique le 20 mai 1911. Depuis le mois de novembre, la malade a des crises de coliques néphrétiques et hépatiques. Elle a rendu de petits calculs presque tous les jours. Il y a un mois, l'élimination des calculs cessa, mais les douleurs devinrent de plus en plus fortes et l'on constata l'existence d'une appendicite.

Au palper abdominal, rien de particulier. Utérus et annexes normaux. Sensibilité de l'abdomen, plus accusée au niveau du cœcum.

Opération. — Laparotomie latérale droite. Le cœcum est très mobile et dépourvu de méso sur une longueur d'environ 6 centimètres. L'appendice filiforme est adhérent par son sommet à la face postérieure du cœcum. Ablation de l'appendice. Péritonisation. Suture par quatre points du bord externe du cœcum à la paroi du côté droit de l'incision. Suture de la paroi. Guérison simple ; la malade quitte la clinique le 12 juin.

Remarque. — La vésicule biliaire n'a pas été enlevée ; elle ne paraissait pas malade et il n'y avait plus de calculs.

OBSERVATION XVII

(Walter-Sallis. *Le Foie dans l'Appendicite*)

Mme B..., âgée de 48 ans, entre à la clinique le 17 octobre 1911. Elle souffre depuis environ deux ans, mais ce n'est que depuis un an environ que les douleurs sont devenues plus fortes, empêchant la malade de marcher et de travailler. Digestion difficile, constipation, pas d'ictère. Les douleurs occupent la région hépatique.

Le palper permet de sentir une vésicule biliaire augmentée de volume, de la grosseur d'un œuf, mobile, modérément douloureuse au palper ; la douleur s'irradie vers la fosse iliaque, de telle sorte qu'il est permis de se demander si l'appendice n'est pas atteint.

Opération. — Laparotomie latérale. Incision de Kehr prolongée vers le bas. L'appendice est recherché et en-

levé ; il est manifestement malade. La vésicule biliaire est augmentée de volume ; elle contient du liquide jaune verdâtre sans pus et un calcul arrondi noir. Le canal cystique et le cholédoque sont libres, mais remplis d'une assez grande quantité de boue biliaire qui est enlevée. Suture de la vésicule, drainage de la loge sous-hépatique. Suture de la paroi.

Le drain est retiré au bout de douze jours ; la guérison se fait sans incidents, si ce n'est une petite suppuration de la paroi. La malade quitte la clinique, guérie, le 28 novembre.

OBSERVATION XIX

(Walter-Sallis. *Le Foie dans l'Appendicite*)

Mme L..., âgée de 51 ans, entre à la clinique le 11 mai 1910. Elle a eu la fièvre thyphoïde quinze ans auparavant. Il y a cinq à six ans, la malade a eu une crise très douloureuse dans l'hypocondre droit, nausées, vomissements. Les crises se sont répétées tous les deux ou trois mois. Depuis un certain temps, la malade se porte assez bien ; elle n'a plus de crises, mais elle souffre d'entérite. Elle n'a jamais eu d'ictère. C'est une femme assez obèse ; l'examen en devient plus difficile. Douleur dans la fosse iliaque droite et au niveau de la vésicule biliaire, mais on ne sent ni l'appendice ni la vésicule.

Opération. — Incision de Kehr. La vésicule biliaire émerge aussitôt. Elle ne contient pas de calculs et paraît

seulement un peu augmentée de volume. On recherche alors l'appendice, qu'on trouve difficilement, en prolongeant l'incision vers le bas. Il est très long et adhérent. Ablation de l'appendice, péritonisation ; puis on enlève la vésicule en la disséquant jusqu'au cholédoque. Ligature du canal cystique, excision au thermo-cautère, drainage de la loge sous-hépatique. Suture de la paroi.

L'appendice contient deux calculs fécaux ; sa paroi est épaissie ; la vésicule contient de la bile épaisse, sirupeuse ; ses parois sont également épaissies.

Le troisième jour, surviennent des symptômes d'infection péritonéale, ballonnement, fréquence du pouls ; pas de vomissements. La mort survient à 5 heures du soir. Pas d'autopsie.

OBSERVATION XX

(Deane F. *The Lancet*, 1915, p. 652)

Malade âgé de 52 ans. Entre à l'hôpital pour une appendicite. Après consultation avec le médecin traitant, l'opération est décidée.

Ouverture de l'abdomen au niveau de la région appendiculaire. Appendice très volumineux et congestionné. Appendicectomie.

Exploration de la cavité abdominale ; découverte d'une tumeur sous la face inférieure du foie. Prolongement de l'incision appendiculaire vers le rebord costal droit. Vésicule biliaire très distendue au point d'éclater. Cholécystotomie. Présence d'un calcul de la forme et de la

grosseur d'un œuf de pigeon. Fixation des bords de l'orifice à la paroi. Drainage. Guérison rapide.

N.-B. — Le malade n'avait présenté aucun symptôme de cholécystite.

OBSERVATION^e XXI

(Maffei. *Bruxelles-Médical*, décembre 1921)

M. Maffei a opéré un enfant de 4 ans et demi, atteint de cholécystite aiguë non calculeuse. Les symptômes étaient ceux d'une appendicite aiguë mal définie. M. Maffei fit une incision de Jalaguier haute, enleva l'appendice dont la base présentait quelques signes d'inflammation discrète, puis agrandit l'incision vers le haut et trouva une vésicule biliaire turgescence, mesurant 8 centimètres sur 3 ; la cholécystectomie sans drainage (pas de calculs) fut suivie de guérison, malgré quelques incidents dus à une broncho-pneumonie post-opératoire.

OBSERVATIONS XXII, XXIII ET XXIV

(M. Poenaru Caplesco. Acad. de Méd., juillet 1924)

OBSERVATION XXII. — Cholécystite chronique. Appendicite latente méconnue.

Femme âgée de 35 ans. Multipare. Malade depuis quelques années. Crises hépatiques. Ictère conjonctival. Douleur dans la région appendiculaire. Troubles digestifs mis le compte de l'affection hépatique. Cholécystec-

tomie ; guérison du foie, mais pas du tube digestif. Après trois mois, appendicectomie ; guérison totale.

OBSERVATION XXIII. — Cholécystique chronique. Appendicite latente méconnue.

Femme de 32 ans ; pas de grossesse. Constipation, langue sale, ictère conjonctival, pas de crise d'appendicite. Douleur objective. Appendicectomie ; guérison partielle. Après six semaines, cholécystectomie (un calcul gros comme une petite noix). Guérison complète.

OBSERVATION XXIV. — Cholécystite calculeuse suppurée ; appendicite latente méconnue.

Cholécystectomie, extraction d'une trentaine de petits calculs polyédriques ; guérison hépatique. Troubles digestifs persistants. Après deux mois, appendicectomie. L'appendice contient trois calculs comme des petits pois ; altérations chroniques des tissus, etc... Guérison complète ; résultat éloigné parfait.

· OBSERVATION XXV

(Einhorn. In Semelaigne, thèse, Paris, 1922)

Malade souffrant depuis longtemps de troubles intestinaux. Depuis deux ans, douleurs violentes au creux épigastrique, survenant à 4 ou 5 heures après les repas. Depuis trois mois, les douleurs deviennent plus fréquentes. Pas de vomissements. Flatulences. Pas de sang dans les selles. Un léger ictère durant quelques jours suit habituellement les crises.

Foie légèrement augmenté de volume. Pas de douleur élective au point vésiculaire.

Le diagnostic est en suspens.

Le tubage duodénal ramène un liquide trouble, verdâtre. L'examen microscopique y montre la présence de très nombreux cristaux de cholestérine de petite taille et de grande taille, ceux-ci formant des agglomérations cristallines, véritables calculs biliaires en miniature. On trouve en outre des globules blancs. On fait alors le diagnostic de cholécystite lithiasique.

Opération. — Vésicule petite, rétractée. Ulcérations endocholécystiques piquetées de grains jaunâtres de la grosseur de semences de pavot. En d'autres endroits, la muqueuse était couverte de mucus. Appendicite chronique avec adhérences.

En raclant la muqueuse cholécystique et en examinant les grains cités plus haut, on peut se rendre compte qu'ils sont constitués par des cristaux de cholestérine agglomérés et que leur aspect dissocié est exactement semblable aux cristaux trouvés dans le liquide duodénal. Cholécystectomie et appendicectomie. Guérison.

OBSERVATION XXVI

(Pavlow'sky. *La Semana Médica*, janvier 1924)

Femme âgée de 26 ans, mariée, sans antécédents héréditaires. Constipation habituelle ; souffre de crises dou-

loureuses fréquentes, localisées d'abord à l'épigastre, puis ensuite à la fosse iliaque droite.

Le 13 décembre 1922, elle est prise à nouveau d'une crise identique aux précédentes, mais elle ressent, en outre, une douleur d'abord légère, puis progressivement croissante, au niveau de l'hypocondre droit, avec irradiations vers l'épaule et le bras droits.

Examen. — Rien à noter à la face et au cou. Les poumons et le cœur sont normaux. La température axillaire est de 37°8, tandis que la température rectale est de 38°6. L'abdomen est rétracté avec défense musculaire et contracture du côté droit. légère douleur à la palpation, au niveau de la fosse iliaque et de l'hypocondre, à droite. Le point de Mac Burney et le point vésiculaire sont nets. Le foie est légèrement augmenté de volume ; on ne sent point la vésicule biliaire. Vomissements, teinte ictérique, signe de Rovsing négatif. Diagnostic porté : appendicite aiguë et cholécystite.

Opération par le Docteur Powlowsky, assisté des Docteurs Puccio et Rubi. Anesthésie générale à l'éther. Incision de Jalaguier. Dès l'ouverture du péritoine, on découvre aisément le cœcum et l'appendice ; ce dernier, rouge, œdémateux, congestionné, présente à son extrémité une plaque de sphacèle. Appendicetomie ; péritonisation. On explore la vésicule, qui se montre distendue et très vascularisée. Le foie est légèrement augmenté de volume. Fermeture de la paroi en trois plans.

Suites opératoires. — Disparition des douleurs de la fosse iliaque droite. Persistance de la douleur à l'hypocondre et de son irradiation axillaire. La température se

maintient à 38°. Peu à peu, cependant, tout rentre dans l'ordre.

Deux mois après, la malade fait une nouvelle crise vésiculaire.

OBSERVATION XXVII

(Farani. *Archivos Brasileiros de Medicina*, nov. 1922)

Francisco Rodriguez, Portugais, 39 ans, marié, entre à l'hôpital pour une crise d'appendicite subaiguë. Bon état général ; température : 36°6 ; pouls : 80.

Opération par le Docteur J. Alfredo. Anesthésie au chloroforme. Appendice manifestement malade, entouré d'adhérences récentes. Appendicectomie. Suites opératoires normales.

Peu après son opération, il recommence à souffrir de vives douleurs au niveau de l'hypocondre droit ; il avait d'ailleurs souffert de douleurs à localisation identique avant son opération.

A l'examen, on découvre un léger subictère, et la palpation révèle une douleur au point vésiculaire. Le point phrénique droit de Chauffard est douloureux. Troubles dyspeptiques.

Dans le but d'assurer le diagnostic de cholécystite pour écarter celui d'ulcère d'estomac, on pratique, après absorption d'un repas opaque, un examen radioscopique. Celui-ci montre un estomac petit, à évacuation retardée ; le pylore est difficilement perméable ; déformation du bulbe duodénal.

Epreuve de Meyer négative.

Le diagnostic est incertain. S'agit-il d'une cholécystite ? S'agit-il d'un ulcère d'estomac ? On penche plutôt pour celui de cholécystite avec péricholécystite et adhérences au duodénum, expliquant la déformation du bulbe et la perméabilité difficile du pylore.

Opération par le Docteur Farani. — Anesthésie au chloroforme. Incision de Kehr. Vésicule très augmentée de volume, anormalement vascularisée et dont les parois sont très épaissies. Adhérences intimes avec le duodénum et le côlon. Destruction des adhérences. Cholécystectomie. Exploration de la région duodéno-pylorique, qui paraît normale.

Deux mois après, un nouvel examen radioscopique permet de constater un transit intestinal parfait, et trois mois après le malade a augmenté de neuf kilogs.

OBSERVATION XXVIII (résumée)

(D'Amato. *La Semana Medica*, juillet 1924)

Femme, entre à la clinique le 1^{er} mai 1924. Aucuns antécédents héréditaires ni personnels, si ce n'est une grippe à manifestation gastrique, survenue vers 1920 : douleurs siégeant à l'épigastre et à l'hypocondre droit, accompagnées de nausées et de vomissements. Par la suite, des crises identiques se renouvelèrent tous les deux ou trois mois, calmées par le repos et la diète. Six jours

avant son entrée à la clinique, la douleur fut plus forte, malgré de fréquentes rémissions.

A son entrée, elle accusait de vives douleurs au niveau de la fosse iliaque droite, avec irradiations à l'épigastre et à l'hypocondre droit. Nausées, vomissements, constipation. Atteinte de l'état général ; Température : 38°6 ; pouls : 110.

Ballonnement abdominal léger ; circulation superficielle ; hyperesthésie cutanée et contracture musculaire au niveau de la fosse iliaque droite. Points de Mac Burney, de Morris et de Lanz douloureux à la pression. Réflexe cutané abdominal de Sicard diminué. Signe de Rovsing positif. Enpâtement net au niveau de la fosse iliaque droite et du flanc droit. La palpation profonde permet de sentir une tumeur fixe, de consistance pâteuse, très douloureuse, semblant être le cœcum et le côlon ascendant. Douleur au niveau de la zone pancréato-cholédocienne de Chauffard. Douleur au point cystique, mais moins forte qu'au niveau des points appendiculaires. Signe de Murphy négatif. Urines normales. Wassermann négatif. Cholestérinémie : 1,50. Température : 38°6 ; pouls : 110 ; langue sèche ; oligurie.

Diagnostic : appendicite et cholécystite.

Opération. — Incision para-médiane dans le but d'examiner le vésicule et l'appendice. Dès l'ouverture du péritoine, la vésicule biliaire apparaît rouge, augmentée de volume, sans adhérences. La ponction donne tout d'abord un liquide incolore, cristal de roche (semblable à celui de kyste hydatique), puis ramène bientôt du pus véritable, jaune verdâtre, non fétide. Ouverture de la vési-

cule, dont les parois sont friables : 300 calculs d'un volume variable, allant d'un grain de maïs à une amande. Appendice congestionné.

Cholécystostomie. Appendicéctomie.

OBSERVATION XXIX (résumée)

(Ipenza A. *Revista Española de Cirugía*, 1923)

J... G..., ouvrier, 20 ans, sans antécédents héréditaires. Maladies habituelles de l'enfance ; fumeur, non buveur, sujet aux angines et aux coryzas.

Quinze jours avant son entrée à l'hôpital, il fut pris de coliques accompagnées de vomissements et de frissons ; d'abord généralisées à tout l'abdomen, les douleurs se localisèrent bientôt à la fosse iliaque droite. Un médecin appelé mit le malade à la diète absolue et ordonna des applications de glace sur le ventre. Après une accalmie de quelques jours, les coliques revinrent plus intenses, toujours localisées à la fosse iliaque droite et accompagnées de vomissement bilieux, de frissons, de diarrhée profuse et d'impérieux besoins d'uriner. C'est alors qu'il entra à l'hôpital pour une intervention sanglante avec le diagnostic d'appendicite subaiguë.

Tableau clinique. — Sujet bien constitué, mais affaibli. Traits tirés, langue saburrale. Dents cariées. Dyspnée marquée. Cuisse fléchies. Température : 39° ; pouls : 120.

Ventre tendu et douloureux. Matité hépatique normale. Vessie distendue. Douleur généralisée à tout l'abdomen, mais avec maximum au point de Lanz et irradiée aux

membres inférieurs. Hyperesthésie cutanée. Signe de Rovsing positif. Le sondage vésical ramène 500 cm³ d'urines normales. Il existe aussi une douleur nette, mais peu intense, au niveau du point cystique ; le malade nie tout antécédent de ce côté. L'opération est décidée après injection d'huile camphrée et de sérum physiologique adrénaliné.

Rachianesthésie. — Laparotomie latérale et verticale le long du bord externe du grand droit. Le cœcum est distendu et congestionné ; l'appendice présente des lésions manifestes.

Appendicectomie. — La vésicule est très volumineuse et congestionnée ; ses parois sont épaissies ; cholécystectomie. Drainage. Fermeture de la paroi en trois plans. Malgré l'apparition d'une broncho-pneumonie double post-opératoire, la guérison est rapide.

N.-B. — La vésicule contenait au lieu de bile un liquide louche dans lequel l'examen microscopique révèle la présence de colibacilles, de leucocytes et de cellules épithéliales. La faune microbienne de l'appendice coïncide avec celle de la vésicule biliaire.

OBSERVATION XXX

(Ipenza A. *Revista Española de Cirugia*, 1923)

M... P..., 20 ans, mariée, sans antécédents héréditaires. Maladies habituelles de l'enfance. Parfaitement réglée depuis l'âge de 13 ans ; pertes blanches abondantes.

Au moment d'une première grossesse remontant à trois

ans, elle souffrit de douleurs gastriques fréquentes, accompagnées de nausées et de frissons, et qui ne cessèrent qu'après l'accouchement. Aucun ennui pendant une seconde gestation.

Quelques jours avant son entrée à l'hôpital, elle fut prise de douleurs abdominales généralisées, mais plus intenses à droite. Frissons, nausées, diarrhées profuses. Un médecin appelé fit le diagnostic d'appendicite, mit la malade à la diète absolue, ordonna des applications de glace, et fit de la morphine. Au bout de cinq jours, l'état ne s'améliorant pas, la malade entra à l'hôpital.

Examen. — Traits tirés, langue rouge ; dents cariées. Abdomen légèrement ballonné ; cuisses fléchies, dyspnée marquée. Pouls à 120 ; température : 39°5. La palpation révèle un plastron bien limité du côté droit de l'abdomen, à la hauteur de l'ombilic ; sa matité se continue en haut avec la matité hépatique. Signe de Rovsing positif. Douleur et empatement du cul-de-sac latéral droit au toucher rectal. Il existe également une douleur au point cystique ; le point phrénique n'est pas douloureux. Le diagnostic est incertain.

Opération. — Rachianesthésie. Laparotomie verticale, suivant le bord externe du grand droit, dans le but d'examiner la région appendiculaire et la région vésiculaire. Appendice très congestionné, en situation antérieure et à direction supéro-interne. Appendicectomie. Vésicule biliaire augmentée de volume ; ses parois sont épaissies. Adhérences avec le duodénum. Cholécystectomie. Présence de trois calculs à facettes dans la vésicule. Guérison rapide.

CONCLUSIONS

I. — La coexistence chez un même individu d'une appendicite et d'une cholécystite se rencontre surtout dans le sexe féminin ; elle survient généralement entre 30 et 40 ans.

II. — Elle se traduit au point de vue clinique par des signes relevant de la double localisation infectieuse et évolue le plus souvent d'une façon subaiguë ou chronique.

III. — Le traitement de choix consiste dans l'appendicectomie et la cholécystectomie en un seul temps.

Vu : *Le Doyen,*

ROGER.

Vu : *Le Président de Thèse,*

LECÈNE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- Achard.* — Infections du foie compliquant l'appendicite. (Soc. Méd. des Hôp., 16 nov. 1894.)
- Adams.* — Gallbladder disease. (The Journ. of the Amer. Med. Assoc., 12 mars 1921.)
- Adenot.* — La cholécystite à forme d'appendicite. (Lyon Médical, 1901.)
- Bartlett et Smith.* — Blood reactions of inflammation and the diagnostic prevention of the terminal stages of infections of the appendix and gallbladder. (Med. Rec., t. LXXIII, 213-215.)
- Becker A.* — Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie, LXVI, janvier 1903.
- Bérard L. et Vignard P.* — L'appendicite. (Masson, p. 158 et 557.)
- Berceanu.* — Les relations lymphatiques entre l'appendice et la région duodéno-pancréatique. (Rev. de Chirurg., 1924, p. 356.)
- Berthelin L.* — Complications hépatiques de l'appendicite. (Thèse, Paris, 1895.)
- Binet E.* — Le syndrome clinique initial de la lithiase biliaire. (Arch. des Mal. de l'app. dig. et de la nutrit., 1921, p. 242.)
- Blackford.* — The Journ. of the Amer. Med. Assoc., 29 oct. 1921.
- Boivin L.* — Le foie appendiculaire. (Thèse, Paris, 1906.)
- Bouchard.* — Leçons sur les auto-intoxications. (Paris, 1887.)
- Branon A. W.* — Gallbladder disease. (The Journ. of the Amer. Med. Assoc., 17 janv. 1920.)
- Brooks.* — Chronic gallbladder disease and chronic appendicitis. (Med. Clin. North Americ., viii, 1924, p. 7.)

- Brûlé et Garban.* — Les hépatites et les cholécystites d'origine intestinale. (Presse Médicale, 3 mars 1923.)
- Caplesco Pœnaru* (de Bucarest). — Sur les manifestations hépatiques dues à l'appendicite latente (les hépatites appendiculaires). (Bull. de l'Acad. de Méd., 18 janv. 1921.)
- L'ictère chronique apyrétique appendiculaire. (B. de l'Ac. de Méd., 29 mars 1921.)
- La cholécystite et la cholélithiase sont souvent d'origine appendiculaire. (Bull. de l'Ac. de Méd., 8 juillet 1924.)
- Carnot, Blamontier, Libert et Friedel.* — Les périviscérités digestives. (Baillière, 1926.)
- Carnot, Harvier, Friedel et Lardenois.* — Les colites. (Baillière, 1926.)
- Carrié P.-A.* — Syndromes gastriques et syndromes intestinaux dans les cholécystites chroniques. — Bulletin Médical, 26-29 janv. 1927.)
- Cavarzère E.* — Simpatia colicistica vell' appendicite (Il Policlinico (Sezione practica), xxxiii, fasc. 43, 25 oct. 1926.)
- Chaton* (de Besançon). — Cholécystite et appendicite. Paris Chirurgical, 1918, p. 295.)
- Charchanski.* — Formes biliaires, intestinales et appendiculaires de la péritonite plastique fruste. (Thèse, Lyon, 1922.)
- Chauffard.* — La lithiase biliaire. (Masson, 1922.)
- Chiray et Pavel.* — La vésicule biliaire. (Masson, 1927.)
- Cotte.* — Traitement chirurgical de la lithiase biliaire et de ses complications. (Thèse, Lyon, 1907-1908.)
- D'Amato.* — Colecistitis calculosa supurada a sindrome apendicular. (La Semana Medica, 31 juill. 1924.)
- Deane F.* — Case of gall stone complicating appendicitis. (The Lancet, 1915, II, p. 652.)

- Delore et Alamartine.* — Observation de cholécysto-appendicite. (Lyon Médical, 1909.)
- Desgeorges.* — L'auto-infection intestinale chronique et ses multiples méfaits plus ou moins méconnus. (Journ. de Méd. de Paris, 14 avril 1927.)
- Du grand rôle de la colibacillose dans la pathogénie des affections de la vésicule et en particulier de la lithiasé biliaire. (Centre Médical, 1^{er} mai 1924.)
- Auto-infection intestinale chronique, hypocholestérinémie et vésicule biliaire. (Monde Médical, 1^{er} juillet 1926.)
- Dieulafoy.* — Cliniques de l'Hôtel-Dieu, 1901-1902, t. IV, 19^e leçon, 1903.)
- Étude sur l'association de l'appendicite et de la cholécystite avec ou sans péritonite. (Acad. de Médecine, 16 juin 1903; Presse Médicale, 17 juin 1903; Semaine Médicale, 21 octobre 1903; Manuel de Pathologie interne, 1908.)
- Dreyfuss.* — Contribution à l'étude du diagnostic différentiel de la cholécystite et de l'appendicite. Thèse, Lyon, 1902.)
- Dupuy de Frenelle.* — Appendicites. Colites. Périviscérites.
- Durand G. et Binet E.* — Appendicite et cholélithiasé. (Le Monde Médical, 1^{er} juin 1922, p. 353.)
- Durand G.* — Le syndrome douloureux des trois carrefours. (Bulletin Médical, 26-29 janv. 1927, p. 109.)
- Duruy A.* — Formes anatomo-cliniques des cholécystites calculeuses. (Gazette des Hôpitaux, 11-18 juillet 1925.)
- Duval, Gatellier et Bécère.* — Etude radiologique des voies biliaires normales et lithiasiques. (Arch. des Mal. de l'App. digest., déc. 1922.)

Einhorn. — Maladies de la vésicule biliaire simulant des maladies du tube digestif. (Méd. Rec., 10 déc. 1921.)

Emert. — Syndrome appendiculo-biliaire. (Nebraska State Med. Journ., Omaha, oct. 1925.)

Enriquez Ed. et Carrié P.-A. — Le diagnostic différentiel des affections du carrefour vésiculo-duodéno-pylorique. (Journ. Méd. Franç., janv. 1923.)

Enriquez Ed., Binet et Durand. — Les crises gastro-vésiculaires. (Presse Médicale, 9 juillet 1921.)

Farrani A. — Appendicite et cholécystite chronicas. Dupla intervencao. Cura. (Archivos Brasileios de Medicina (Rio de Janeiro), nov. 1922.)

Faroy, Baumann et Lemaire. — L'appendicite chronique. (Journ. Méd. Franç., avril 1924.)

Fiessinger. .. *La lithiase biliaire.* (In Traité de médecine, Sergent.)

Fox Worthy. — The inter-relations hip of gall stone disase and appendicitis. (J. Indiana Med. Ass., 1910, III, p. 313.)

Frilet. — De la coexistence de l'appendicite et de la cholécystite. (Thèse, Lyon, 1910-1911.)

Gayet. — Observation de cholécysto-appendicite. (Lyon Médical, 1909.)

Giacobini. — Signo o punzada apendicular en el colico hepatico. (La Semana Medica, 1921, n° 47.)

Gilbert et Lereboullet. — Appendicite et cholélithiase. (Soc. de Biolog., 23 mai 1903.)

Hartmann. — Chururgie des voies biliaires. (Masson, 1923.)

Hertz. — Néphroplose droite ; cholécystite et app. chroniques. (Revista de Cirugia (Buenos-Aires), déc. 1925.)

- Heyd.* — Changes in the liver associated or coincident with infection of the appendix. (The Journ. of the Amer. Med. Ass., 1^{er} nov. 1924.)
- Hinrichsen.* — Klinische Beobachtungen über die Zusammenhänge Zwischen Appendicitis, cholecystitis und Ulcus Ventriculi bzw duideni. (Bruns' Beiträge zur Klinischen Chirurgie, 1927. p. 149.)
- Humphry Rolleston.* — Symptômes dispeptiques liés à des affections de la vésicule biliaire et de l'appendice. (The British Med. Journ. (Londres), 6 mars 1920.)
- Ipenza A.* — Apendicitis y colecistitis simultaneas. (Revista Española de Cirugia (Madrid), oct. nov., déc. 1923.)
- Kehr.* — Ueber gleichzeitige Erkrankung des Gallenblase und des Wurnfortsatzes (1902).
- Kolodny.* — The fat reactions in appendicitis and cholecystitis. (J. Iowa State Med. Soc., XII, 1923, p. 346.)
- Lair.* — Contribution à l'étude du diagnostic différentiel de la cholécystite, de l'appendicite et de quelques affections du rein droit. (Thèse, Paris, 1926.)
- Laplace.* — The Journ. of the Am. Med. Assoc., oct. 1901.
- Lécallier.* — Les formes hépatiques de l'appendicite chronique. (Thèse, Paris, 1926.)
- Le Gendre.* — Syndromes cholélithiasique et appendiculaire. (Journal des Prat., 17 mars 1906, et Soc. Méd. des Hôp., 3 nov. 1905.)
- Lévy.* — Essai sur la cholécysto-appendicite. (Thèse, Nancy, 1904.)
- Maccarty.* — The pathology of the gallbladder and some associated lesions. (Annals of Surgery, 1910.)
- Maffei.* — Bruxelles Médical, 15 déc. 1921.

- Mangeret (Mlle).* — Cholécysto-pancréatite ; essai de pathogénie. (Thèse, Paris, 1908.)
- Martel.* — Observation de cholécysto-appendicite. (La Loire Médicale, 15 juillet 1909.)
- Mériel.* — Appendice rétro-cœcal et syndrome cholécystique. (Presse Médicale, 1909, p. 225.)
- Michel, Gaston et Bichal.* — Cholécystite suppurée et appendicite. (Rev. Méd. de l'Est, 15 janv. 1903.)
- Moynihán.* — The Lancet, 1903.
- Oddo C., De Luna, Gœlinger, Oddo J.* — Arch. des Mal. de l'app. dig., février 1927.)
- Parturier.* — Séméiologie biliaire. (Doin, 1926.)
- Pawlowski.* — Considerationes sobre apendicitis aguda 207 casos de observación personal). (La Semana Medica, Evero 31 de 1924.)
- Péraire.* — Cholécystite et appendicite calculeuses. Cholécystectomie et appendicetomie. Guérison. (Soc. Anat. de Paris, février 1924.)
- Pétrescu et Lazarescu.* — Hydropisie appendiculaire et vésicule biliaire. (Presse Médicale, août 1925.)
- Pollaert.* — Appendicite et cholécystite. Bruxelles Médical, 5 juillet 1921.)
- Quénu.* — Journal des Praticiens, 9 avril 1898, p. 225.
- Ramond F. et Parturier G.* — Cholécyst. et append. chroniques. (Presse Médicale, 5 juin 1926.)
- Rosenow (de Rochester).* — Journ. de Chir., de Gyn. et d'Obst., juillet 1921.
- Routier.* — Journal des Praticiens, mars 1906.
- Sbrozzi.* — La colecisto-appendicite cronica. (Ann. Ital. di Chir., 1926.)
- Schütz.* — Sur les relations entre l'ulcère duodénal, l'appendicite et la lithiase biliaire. (Wiener Klinische Wochenschrift, xxxiv, 6 oct. 1921.)

- Semelaigne.* — Thèse, Paris, 1922.
- Silhol.* — Rapport au Congrès Français de Chirurgie, 1911.
- Thévenin.* — Syndr. cholécyst. et syndr. append. (Thèse, Paris, 1907.)
- Tixier et Pélicand.* — Cholécystite calculeuse et append. (Lyon Médical, 1908.)
- Tripier et Paviot.* — L'appendicite par inf. générale. (Semaine médic., 1899.)
- Pathogénie péritonitique de la colique hépatique et des crises douloureuses épigastriques. Semaine Méd., 28 janv. 1903.)
- Pathogénie péritonitique de la crise appendiculaire. (Arch. génér. de Méd., juillet 1899.) (Encyclop. Léauté.)
- La péritonite sous-hépatique d'origine vésiculaire.
- Worschütz.* — Deutsche Medizinische Wochenschrift (Berlin), 11 août 1922.
- Waller-Sallis.* — Le foie dans l'appendicite. (Revue de Chir., 10 février et 10 mai 1914.)
- Wharton.* — A case of acute cholecystitis following acute appendicitis. (Tra. Amer. Surg. Ass., xxvii, 1909, p. 540.)
- Wiese Hammer.* — Med. Rec., 19 mars 1921.

